

ECTOPIA TESTICULAR Y HERNIA ESTRANGULADA

Por los Dres. LUIS M. BREA y JORGE MORERA

Las anomalías de posición del testículo, criptorquidias o ectopías, consideradas aisladamente, plantean problemas cuya conducta terapéutica está clara y definitivamente resuelta por los cirujanos especializados.

En cambio, cuando se trata de una anomalía de posición testicular complicada, nos vemos a veces abocados a diagnósticos diferenciales no siempre factibles de ser resueltos clínicamente y que creemos deben sin excepción, aun cuando no haya precisión diagnóstica, ser solucionados con una intervención quirúrgica de urgencia.

Esta modesta contribución casuística no tiene pues, más pretensión que la de reafirmar el concepto intervencionista, que suponemos aceptado por todos, en los casos de anomalías testiculares de posición, complicadas.

El paciente que motiva este comentario, de 17 años de edad, presentaba una criptorquidia derecha, con un cuadro abdominal agudo y nos fué remitido por el Servicio de Guardia por imputarse a una complicación de su anomalía testicular el síndrome doloroso que le aquejaba.

Su enfermedad había comenzado esa mañana, pocas horas antes de verlo nosotros, después del desayuno, con epigastralgia y vómitos. Un par de horas después el dolor se localiza en la región inguinal derecha, teniendo una deposición normal. Como el cuadro doloroso y los vómitos van en aumento es trasladado al Hospital y cuando lo examinamos comprobamos el siguiente estado actual: Facies dolorosas, dolor espontáneo intenso en la región inguinal derecha y fosa ilíaca correspondiente, irradiado al resto del abdomen, miembros inferiores en flexión y decúbito lateral derecho preferente. La inspección permite comprobar un abovedamiento del trayecto inguinal derecho y ausencia del testículo en el hemiescrotos derecho. Abdomen blando, depresible y poco doloroso en los cuadrantes superiores e inferior izquierdo, en cambio exquisitamente sensible la fosa ilíaca derecha y a nivel de la tumoración inguinal donde la intensidad del dolor impide una semiología prolija. Pulso 70' arrítmico, desigual, de buena tensión. Presión arterial 135/80; temperatura axilar 36,8° y rectal 37,1°. Tacto rectal negativo. Resto del examen clínico sin particularidades.

Entre los antecedentes, cabe destacar que la criptorquidia es congénita y que nunca el testículo llegó a la bolsa, habiendo sido comprobada su posible localización inguinal con anterioridad, que fué sometido a tratamiento hormo-

nal sin éxito. Quince días antes de este episodio, refiere haber sentido dolor en la fosa ilíaca derecha que calmó espontáneamente, habiendo observado el aumento de volumen de la región inguinal, abovedamiento que desapareció con la cesación del cuadro doloroso.

El interrogatorio permite descartar una injuria traumática local a pesar de la práctica habitual de deportes que hacía.

Como se desprende de la breve reseña clínica relatada, los signos positivos son: tumor inguinal derecho muy doloroso e irreductible, antecedente de una criptorquidia derecha, probablemente inguinal, reacción peritoneal, vómitos, arritmia sin taquicardia, ausencia de temperatura diferencial, tránsito intestinal conservado; ausencia de un claro antecedente traumático, aunque no se puedan descartar los microtraumatismos a que exponen la práctica de ejercicios violentos como el fútbol, en una criptorquidia inguinal.

Las complicaciones de una anomalía de posición testicular son: en primer lugar la hernia inguinal por persistencia del conducto peritoneo-vaginal con estrangulación intestinal o epiploica, la epididimitis aguda, la orquitis urleana, el hidrocele agudo, el hematocele y ruptura del testículo, la torción de la glándula y de la hidátide de Morgagni, los tumores especialmente malignos y por último los accidentes vasculares como las flebotrombosis y embolias de las arterias espermática y deferencial.

Por la edad del paciente, por su frecuencia, por la falta de antecedente traumático, por la ausencia de síntomas de infección y de cardiopatías, por lo excepcional de la torción en los testículos ectópicos que habitualmente están fijados por las envolturas que les rodean, es que con el diagnóstico de presunción de ectopía testicular complicada con hernia inguinal estrangulada decidimos la inmediata intervención quirúrgica.

La operación se efectuó con anestesia local usando escofedal débil como premedicación. Se practicó una incisión a dos traveses de dedo por encima y paralela a la arcada crural, desde la espina ilíaca antero-superior hasta la espina del pubis. Se incide el tejido celular y se encuentra, a la altura del orificio superficial del trayecto inguinal una formación ovoide, azulada, del tamaño de un huevo de gallina, blanda, fluctuante. Se disecciona a tijera con sumo cuidado y se comprueba que continúa dentro del trayecto inguinal. Se disecciona el orificio superficial y se abre la aponeurosis del oblicuo mayor, que se presentaba abovedada y tensa. Abierta aparece un gran saco, del tamaño de una naranja grande, tenso, fluctuante, que comunica ampliamente con el anterior. Se disecciona cuidadosamente siguiéndolo hasta el orificio profundo. En este momento creemos estar en presencia de un hidrocele agudo comunicante. Por la palpación descubrimos, a la altura del orificio profundo la presencia de una masa sólida, elástica, del tamaño aproximado de un testículo normal. Se abre el saco y aparece gran cantidad de líquido citrino que se extrae, comprobándose la presencia de los asas de ileon estranguladas por un anillo fibroso del saco. El orificio inguinal profundo es elástico, pero se encuentra agrandado. Las asas son reintegradas a la cavidad por presentar aspecto satisfactorio, para lo cual es menester seccionar el anillo fibroso. Recién en este momento se hace visible el testículo, dentro del saco y sobre su cara posterior. Se disecciona el cordón espermático que forma parte de la pared del saco, separando el peritoneo primitivo del saco para poder efectuar un cierre prolijo de la cavidad peritoneal. Se cierra la cavidad y se continúa la liberación del cordón en el subperitoneo, hasta conseguir que llegue a la bolsa sin tensión el testículo hipotrófico. Se reseca la parte del

saco sobrante y se evierte el resto, suturándolo con puntos separados de catgut fino. Cierre de la pared posterior del trayecto con puntos en U de catgut grueso cromado. Se refuerza y se achica el orificio profundo. Se lleva el testículo a la bolsa y se fija con un punto en U al muslo a través del escroto. Cierre de la aponeurosis del oblicuo mayor con "surjet" de catgut grueso con puntos atrás. Se sutura el celular con puntos separados de catgut fino, cerrando el orificio de la bolsa. Drenaje subaponeurótico y sutura de la piel con puntos separados de Donati con algodón 16 %.

En el postoperatorio se inyectan 500 cc. de plasma y 50 cc. de solución fisiológica. Una ampolla de prostigmin cada 6 horas, antibióticos e intubación intestinal.

Al día siguiente se retira la aspiración, al segundo se quita el drenaje, al sexto se retiran los puntos y al décimo se da el alta en perfectas condiciones.

COMENTARIO

El caso que acabamos de comentar es uno más que viene a certificar el acierto de la conducta intervencionista de urgencia cuando se trata de complicaciones agudas de ectopías testiculares.

Es evidente que por ser la hernia inguinal estrangulada la complicación más frecuente y si bien en algunas ocasiones su diagnóstico no puede precisarse con certeza, como nos aconteció, por la forma y ubicación de la tumoración que no era la clásica de la hernia inguinal y por la falta de un cortejo sintomático más frondoso debido a las pocas horas de evolución del proceso que no tuvo tiempo de completar la estrangulación del asa intestinal con la consiguiente mortificación de sus paredes, no puede dudarse que ofrece menos riesgos al paciente y da una mayor tranquilidad al cirujano, intervenir de inmediato, que mantener una expectante observación.

Todas las otras complicaciones de difícil y a veces imposible diagnóstico se benefician también con la exploración operatoria y aún ante la eventualidad de que se tratase de un proceso infeccioso agudo testicular o epididimario, la corrección de la anomalía de posición no creemos que pueda influir desfavorablemente en la evolución de la enfermedad causal, ni en su ulterior tratamiento etiológico.

La intervención quirúrgica indicada sin dilación en nuestro caso, salvaguardó la vida del paciente permitiendo al mismo tiempo la restitución del testículo a su lugar anatómico, suprimiendo la anomalía. Repetimos pues que creemos que ésta es la conducta correcta a seguir pues consideramos que todos los casos agudos de los órganos contenidos en las bolsas con anomalías de posición, son en principio patrimonio de la cirugía, aun cuando el diagnóstico no pueda ser precisado con exactitud.

RESUMEN

Hacen referencia los autores a una observación clínica de una criptorquidia complicada con hernia inguinal estrangulada, ratificando la conveniencia de una conducta intervencionista de urgencia, aun cuando el diagnóstico preoperatorio fuera solamente de probabilidad, pudiendo así corregir la anomalía de posición y la grave complicación intestinal.